

健康診断問診用紙（4か月まで）

記入日 年 月 日

フロンティアキッズ新宿

ふりがな 名前	生年月日：平成・令和 年 月 日（ ヵ月） 性別：男・女
この1ヵ月間の生活で何か気になることがありましたか？（受診や入院、気になる症状など）	
1 お乳をよく飲みますか？	はい いいえ 不明
2 首がすわりましたか？	はい いいえ 不明
3 あやすと笑いますか？	はい いいえ 不明
4 目の前でおもちゃや手を動かすと、それを目で追いますか？	はい いいえ 不明
5 見えない方向から声をかけると、そちらの方を見ようとしますか？	はい いいえ 不明
6 あやすと「ア」「ウー」など声を出して応えますか？	はい いいえ 不明
7 両手をよく開くようになりましたか？	はい いいえ 不明
8 ほんの短い時間なら手におもちゃを握っていますか？	はい いいえ 不明
9 目つきや目の動きがおかしいのではないかと気になりますか？	はい いいえ 不明
10 涙や目やにがいつもたまっていますか？	はい いいえ 不明
11 泣いたりお乳を飲んでいる時に顔色が悪く（紫色）になりますか？	はい いいえ 不明
12 不機嫌でもないのにからだをよく反らせますか？	はい いいえ 不明
13 ひどく神経質ですか？	はい いいえ 不明
14 外気欲をしていますか？	はい いいえ 不明
15 育児は疲れますか？	はい いいえ 不明
16 子育てについて困難を感じることはありますか？	はい いいえ 不明
17 同居家族に喫煙する人はいますか？	はい いいえ 不明
18 たばこ・ボタン電池・硬貨・ピアスなどの小物（直径 39 mm以下）は、1 m以上の高さのところに置いてありますか？	はい いいえ 不明
19 現在の身長（ cm） 現在の体重（ kg）	
20 その他、特に心配なことがあればお書きください。	

施設職員記入欄

この1ヵ月間の中で気になることは何ですか？

健康診断問診用紙（7か月まで）

記入日 年 月 日

フロンティアキッズ新宿

ふりがな 名前	生年月日：平成・令和 年 月 日（ 月） 性別：男・女
この1ヵ月間の生活で何か気になることがありましたか？（受診や入院、気になる症状など）	
1 離乳食は始めましたか？	はい いいえ 不明
2 寝返りをしますか？	はい いいえ 不明
3 お座りをしますか？	はい いいえ 不明
4 からだのそばにあるおもちゃに手をのばしてつかみますか？	はい いいえ 不明
5 家族と一緒にいる時、話しかけるような声を出しますか？	はい いいえ 不明
6 テレビやラジオの音がし始めると、すぐそちらを見ますか？	はい いいえ 不明
7 見えない所からの音や呼びかけに明らかに振り返りますか？	はい いいえ 不明
8 瞳が白く見えたり、黄緑色に光って見えたりすることがありますか？	はい いいえ 不明
9 目つきがおかしいとか、明るいところでは眼を閉じてしまうことがありますか？	はい いいえ 不明
10 変わった動作（例えば急に首を垂れ、うづくまるような動作）をすることがありますか？	はい いいえ 不明
11 初めての歯は生えましたか？	はい いいえ 不明
12 子育てについて困難を感じることはありますか？	はい いいえ 不明
13 同居家族に喫煙する人はいますか？	はい いいえ 不明
14 たばこ・ボタン電池・硬貨・ピアスなどの小物（直径 39 mm以下）は、1 m以上の高さのところに置いてありますか？	はい いいえ 不明
15 現在の身長（ cm） 現在の体重（ kg）	
16 その他、特に心配なことがあればお書きください。	

施設職員記入欄

この1ヵ月間の間で気になることは何ですか？

健康診断問診用紙 (10 か月まで)

記入日 年 月 日

フロンティアキッズ新宿

ふりがな 名前	生年月日：平成・令和 年 月 日 (カ月) 性別：男・女
この1ヵ月間の生活で何か気になることがありましたか？ (受診や入院、気になる症状など)	
1 離乳食は順調に進んでいますか？	はい いいえ 不明
2 はいはいをしますか？ (カ月頃から)	はい いいえ 不明
3 つかまり立ちができますか？ (カ月頃から)	はい いいえ 不明
4 指で小さなものをつまみますか？	はい いいえ 不明
5 後追いをしますか？	はい いいえ 不明
6 バイバイと言って手を振ると、真似をしますか？	はい いいえ 不明
7 外のいろいろな音に反応を示しますか？	はい いいえ 不明
8 機嫌よくひとり遊びができますか？	はい いいえ 不明
9 そっと近づいて、ささやき声で呼びかけると振り向きますか？	はい いいえ 不明
10 歯の生え方、形、色、歯肉などについて気になることがありますか？	はい いいえ 不明
11 育児は疲れませんか？	はい いいえ 不明
12 子育てについて困難を感じることはありますか？	はい いいえ 不明
13 同居家族に喫煙する人はいますか？	はい いいえ 不明
14 たばこ・ボタン電池・硬貨・ピアスなどの小物 (直径 39 mm以下) は、1 m以上の高さのところに置いてありますか？	はい いいえ 不明
15 現在の身長 (cm) 現在の体重 (kg)	
16 その他、特に心配なことがあればお書きください。	

施設職員記入欄

この1ヵ月間の間で気になることは何ですか？

健康診断問診用紙 (1歳6か月まで)

記入日 年 月 日

フロンティアキッズ新宿

ふりがな 名前	生年月日：平成・令和 年 月 日 性別：男・女 (歳 ヲ月)
この1ヵ月間の生活で何か気になることがありましたか？ (受診や入院、気になる症状など)	
1 ひとりで上手に歩けますか？ (歩きはじめ 歳 ヲ月頃から)	はい いいえ 不明
2 ママ、プープーなど意味のある言葉をいくつか話しますか？	はい いいえ 不明
3 大人の簡単な命令 (座りなさい、新聞を取ってきて) がわかりますか？	はい いいえ 不明
4 絵本を見て動物や物の名前を聞くと、それを指さしますか？	はい いいえ 不明
5 どんな遊びが好きですか？	
6 自分でコップを持って水を飲めますか？	はい いいえ 不明
7 他の子どもに関心を持ちますか？	はい いいえ 不明
8 後ろから名前を呼んだ時に振り返りますか？	はい いいえ 不明
9 極端にまぶしがったり、目の動きがおかしいのではないかと気になりますか？	はい いいえ 不明
10 朝ごはんを食べていますか？	はい いいえ 不明
11 就寝時間は何時ですか？	はい いいえ 不明
12 テレビ・ビデオ・DVD・動画等を1日にどのくらい見えていますか？	はい いいえ 不明
13 甘いおやつ (砂糖を含む菓子やジュース等) をほぼ毎日摂取する習慣がありますか？	はい いいえ 不明
14 母乳やミルクなどを飲みながら寝る習慣がありますか？	はい いいえ 不明
15 育児は疲れますか？	はい いいえ 不明
16 子育てについて困難を感じることはありますか？	はい いいえ 不明
17 同居家族に喫煙する人はいますか？	はい いいえ 不明
18 たばこ・ボタン電池・硬貨・ピアスなどの小物 (直径 39 mm以下) は、1 m以上の高さのところに置いてありますか？	はい いいえ 不明
19 現在の身長 (cm) 現在の体重 (kg)	
20 その他、特に心配なことがあればお書きください。	

施設職員記入欄

この1ヵ月間の間で気になることは何ですか？

--